Morbus Brightii acutus.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung

der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

hohen medicinischen Facultät

der

k. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Hermann Effsing,
aus Stadtlohn (Westfalen).

Würzburg.
Druck von F. X. Bucher.
1881.

Referent:

Geh. Hofr. Herr Prof. **Dr. Gerhardt.**

Seinen

theuren Eltern

in

Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549807_0161

Morbus Brightii acutus.

Der Name „Morbus Brightii", mit dem man die diffusen entzündlichen Formen der Nierenaffectionen früher ausschliesslich, jetzt nur noch in beschränktem Masse bezeichnet, rührt von einem englischen Arzte, Richard Bright, her, welcher im Jahre 1827 durch seine Epoche machenden Arbeiten die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die jetzt nach ihm benannte, früher übersehene Krankheitsform des Nierenparenchyms lenkte.

Die Kenntniss der Aerzte früherer Jahrhunderte von dieser so häufig vorkommenden diffusen Erkrankung der Nieren war sehr lückenhaft. In den classischen Werken des Alterthums und der neueren Zeit finden wir zwar Stellen, welche die Abhängigkeit der Wassersucht von Nierenleiden andeuten, aber niemals finden wir den Causalnexus beider Erscheinungen näher angegeben und zu practischen Folgerungen verwandt. Bis zum 16. Jahrhunderte und noch in demselben herrschen auf diesem Gebiete die verworrensten Ansichten. Bei Aetius und Avicenna[1]) wird freilich von einer Nierenverhärtung in Verbindung mit Hautwassersucht gesprochen, und letzterer fügt noch hinzu, dass bei diesem Zustande der Harn dünn und von geringer Menge sei, dagegen meint er zugleich, dass zwischen der erkrankten Niere und der Leber irgend ein Zusammenhang stattfinde.

Im Jahre 1770 wurde der Grundstein gelegt, auf welchen sich die Pathologie der Nieren noch heute stützt. Cotungo[2])

---

[1]) A. in re medica lib. III. p. 852 u. 858.

[2]) Cotunnii, de ischiade nervosa commentarius; Viennae 1770.

entdeckte zu dieser Zeit, dass beim Erhitzen des Urins von Hydropikern eine Gerinnung eintrat, ähnlich wie beim Hühnereiweiss. Er verwerthete aber dies überaus wichtige Symptom nicht etwa dazu, um daraus eine Erkrankung derjenigen Organe zu eruiren, welche den Urin secerniren, sondern glaubte vielmehr in diesem Vorgange einen modus sanandi zu finden, indem die hydropische Flüssigkeit seiner Meinung nach durch die Harnwege nach aussen befördert wurde. Cruickscank erkannte aber schon, dass nicht bei allen Hydropikern der Harn gerinnbar sei. Darauf fussend theilten Wells und später Blackall[1]) die Hydropsieen ein in solche mit und ohne coagulabeln Harn.

So stand im wesentlichen die Sache, als im Jahre 1827 Richard Bright seine Arbeiten über Nierenerkrankungen herausgab und dies wichtige Gebiet der pathologischen Forschung eröffnete. Er sammelte alle zerstreuten Angaben über Nierenerkrankungen und ordnete sie zu einem harmonischen Ganzen. Schon im ersten Abschnitte seines Werkes, worin er eine Beschreibung von Krankheitsfällen liefert, bemerkte er, dass man bis dahin die Structurveränderungen der Nieren als Ursache von Wassersucht zu wenig beachtet habe, dass er bei seinen zahlreichen Untersuchungen niemals Veränderungen der Nieren in den Leichen vermisst habe, wenn dem Tode Wassersucht oder Albuminurie vorausgegangen war. Auf Grund von 23 in dieser Abhandlung angeführten Fällen, von denen 17 zur Section kamen, glaubt er 3 Varitäten von Structurerkrankungen der Nieren, die alle 3 mit Albuminurie verbunden sind, unterscheiden zu müssen:

Bei der ersten Form, einem Zustande von Entartung des Organs oder blosser Schwäche, wie er sie im Anfange dieses Stadiums nennt, erweist sich die Niere weniger fest, auf der Oberfläche und in der Rindensubstanz gelblich grau gefleckt; die Pyramiden sind blass. Der Umfang der Niere ist nahezu normal. Im weiteren Stadium dieser Form zeigt sie ein höckeriges Aussehen.

Bei der zweiten Form ist das fleckige Aussehen der

[1]) Observation on the nature and cure of dropsies. London. 1813.

Rindensubstanz erhöht, welches immer mehr eine granulirte Beschaffenheit annimmt, so dass die Oberfläche zuerst einige leichte Unebenheiten, später sogar eine knollige Gestalt zeigen kann. Die Niere ist bald grösser, bald kleiner, als normal.

Bei der dritten Form ist die Oberfläche der Niere hart und uneben, mit zahllosen gelben oder rothen nadelknopfgrossen Höckern besetzt; dem Messer leistet sie Widerstand, wie Faserknorpel. Alle Theile des Organs scheinen eingeschrumpft. Die Farbe ist dunkler oder heller röthlich grau. — Bei dieser Aufstellung ist sich aber Bright wol bewusst, dass nicht nothwendig jede dieser Formen als ein einheitlicher Krankheitsprocess für sich verlaufen muss, er zweifelt, ob nicht Fälle verschiedener Formen blos als Modificationen oder Stadien eines und desselben Krankheitsprocesses betrachtet werden müssen. Ausserdem gibt er noch 2 pathologische mit Albuminurie verbundene Zustände der Niere zu, von denen er den einen als eine widernatürliche Weichheit des Organs bezeichnet, den anderen als eine Folge von Verstopfung der Harnkanälchen darstellt.

Ueberblicken wir nun das Resultat der Forschungen und Untersuchungen von Bright, so müssen wir erstaunen, wie Bedeutendes er auf diesem Gebiete in so kurzer Zeit geleistet hat. Die anatomische Veränderung der Niere betrachtet er als Ausgangspunkt eines gewissen Symptomencomplexes, von dem Albuminurie und Wassersucht die Hauptrolle einnehmen. Er gibt uns Andeutungen über die einzelnen Formen und Stadien des veränderten Organs und schildert meisterhaft deren wesentlichen und zufälligen Symptome. Sein Freund Bostock besorgt dabei die Harnanalyse und versucht die dabei vorkommenden Veränderungen im Blute darzuthun. Die englischen Aerzte, bei denen zunächst das Interesse für diese Krankheit rege wurde, erweiterten und vervollständigten die Ansichten Bright's, wiewohl es auch nicht an Widersachern fehlte, die hauptsächlich in einer Schrift von Graves[1]) auftraten. Letzterer sah die Albuminurie für die Ursache, die Nierenaffection für die Wirkung an. In

[1]) London med. Gaz. Febr. 1831.

Frankreich war es vor Allen Rayer,[1]) welcher durch reichliches Material und durch eine gewissenhafte Forschung die Diagnostik, Aetiologie und den Verlauf des Morbus Brightii förderte.

Die deutschen Aerzte, welche zuerst der rüstigen Thätigkeit der Britten und Franzosen grösstentheils passiv gefolgt waren, suchten zunächst an der Hand der Mikroskopie über die beim Morbus Brightii vorkommenden Veränderungen des feineren Baues dieser Organe Aufschluss zu gewinnen. Besonders waren es anfänglich Gluge,[2]) Henle,[3]) Vogel[4]) und Canstatt,[5]) welche sich eingehender mit dieser Frage beschäftigten; jedoch gingen ihre Ansichten weit auseinander. Einige sahen die Formveränderungen des Organs als Product einer Entzündung an (Gluge's Entzündungskugeln), andere (Henle) erklärten sie als eine bindegewebsähnliche Neubildung zwischen den Harnkanälchen. Von besonderer Wichtigkeit für die Diagnostik waren die von Henle und Nasse zuerst gesehenen Faserstoffgerinnsel.

In der Folge haben es sich verschiedene deutsche Forscher angelegen sein lassen, die anatomischen Veränderungen der Niere und ihre Localisation näher zu präcisiren, nicht dazu gehörige Krankheitsbilder vom Morbus Brigthii zu trennen, die einzelnen Formen und Stadien mit ihrem Verlaufe und der Aetiologie genau zu kennzeichnen. Frerichs, Traube, Bamberger und Virchow und in der neuesten Zeit Bartels und Wagner waren es, welche auf diesem Gebiete erfolgreiche Studien gemacht haben. In Uebereinstimmung mit Rayer und Reinhardt bezeichnet Frerichs sämmtliche Formen des Modus Brightii als Resultate einer Entzündung, die je nach den verschiedenen Ursachen und der Constitution des betroffenen Individuums verschieden verlaufen können. Die anatomischen Veränderungen des Organs theilt er in 3 Formen, die zugleich als Stadien des zu Grunde liegenden Prozesses betrachtet werden können:

---

[1]) Rayer, traité des malad. des reins. T. II. 1840.
[2]) Abhandlungen zur Pathol. u. Terapie. Jena 1842.
[3]) Zeitschrift für rationelle Med. Heft I. p. 62. 1842.
[4]) Icones histol. path. Sips. 1843.
[5]) De m. Brightii Erlangen 1844.

I. Das Stadium der Hyperämie und der beginnenden Exsudation.

II. Das Stadium der Exsudation und der beginnenden Umwandlung des Exsudats.

III. Das Stadium der Rückbildung und der Atrophie.

Diese von Frerichs aufgestellte Auffassung und Eintheilung hat geraume Zeit gegolten. In neuester Zeit theilt man den morbus Brightii in eine acute und eine chronische Form. Die erstere entspricht dem Stadium der Hyperämie und der Exsudation nach Frerichs, letztere dem 2. und 3. Stadium desselben. Die chronische Form zerfällt dann wieder in die sog. „breite weisse Niere", einen Zustand der entzündlichen Schwellung (Nr. II nach Frerichs) und in die Schrumpfniere, einen Zustand atrophischer Verkleinerung (Nr. III nach Frerichs).

Anatomischer Befund bei der acuten Form des morbus Brightii.

Im Anfange zeigt die Niere eine mässige, im weiteren Verlaufe eine starke Schwellung bis nahezu auf's Doppelte des normalen Volumens; ferner leichte Trennbarkeit der Kapsel von der hyperämischen Oberfläche, an der reichliche Venensterne hervortreten. Auf dem Schnitte erweist sich die Marksubstanz hyperämisch und blutreich, die Corticalsubstanz im Bezirke der gewundenen Harnkanälchen mehr grau oder gelblich gefärbt und von teigigweicher Consistenz. Die Malpighi'schen Knäuel sind im Anfange hyperämisch und als rothe Puncte sichtbar, später blass und nicht mehr zu erkennen. Der mikroskopische Befund ist trübe Schwellung der Epithelien.

In allerneuester Zeit hat Wagner[1]) auf zahlreiche mikroskopische Untersuchungen gestützt 4 Formen des acuten morb. Brightii unterschieden: 1. Die hämorrhagisch-katarrhalische Form. Die Niere ist nicht oder nur wenig vergrössert; Consistenz normal oder etwas weicher. Auf der Oberfläche und dem Rindendurchschnitte zeigen sich verschieden zahlreiche kleine Hämorrhagien

[1]) Archiv für klinische Medicin. 1880. 25.

Die Pyramiden sind normal oder von Blutstreifen durchsetzt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass die Hämorrhagien in den Glomerulis und den angrenzenden gewundenen Kanälchen liegen. Interstitielles Gewebe ist normal. 2. Die hämorrhagisch-katarrhalische und zugleich interstitielle Form. Die Niere ist grösser, später auch fester. Zahlreiche Blutungen der Ober- und Schnittfläche bedingen eine Trübung des Parenchyms.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt die Veränderungen der 1. Form und ausserdem zellige Infiltration in die Umgebung der Glomeruli; einzelne Infiltrationsheerde liegen auch im interstitiellen Gewebe. 3. Die acute mässig grosse blasse Niere (meist im Gefolge von Scharlach und Dyphtheritis). Das Organ ist wenig vergrössert, grauröthlich gefärbt, oft mit einem Stich ins gelbliche, etwas weicher, als normal und anämisch. Mikroskopisch erweisen sich die Rindenkanälchen mässig oder stark erweitert, ihre Epithelien sind albuminös-fettig getrübt und ragen weit ins Lumen vor oder füllen dasselbe, wenn es klein ist, ganz aus. Das Lumen ist meist noch mit einer feinkörnigen, gleichmässigen Substanz (geronnenem Eiweiss) angefüllt, worin sich oft runde blasse Bildungen vorfinden, den weissen Blutkörperchen an Grösse ähnlich, oder eine netzförmige. stark glänzende Masse, die entweder an der Innenfläche des Epithels festsizt oder zwischen den Epithelien bis an die Membran der Harnkanälchen reicht; bisweilen finden sich ausserdem in vielen Harnkanälchen kernhaltige, den weissen Blutkörperchen ganz analoge Rundzellen. In manchen Fällen liegen die Epithelien vom Rande losgelöst unregelmässig im Lumen zerstreut. Das Stroma ist normal, selten mit spärlichen Rundzellen infiltrirt. Glomeruli etwas kleiner und blutarm, sonst verhalten sie sich, wie die Kanälchen. 4. Die acute lymphomatöse Form. Dieselbe kommt sehr selten vor, vorzugsweise nach Scharlach. Die Niere ist bisweilen stark vergrössert und brüchig. An der Oberfläche treten zahlreiche, flache, grauweisse Höcker hervor. Die mikroskopische Untersuchung zeigt Haufen von kleineren und grösseren Rundzellen, die am stärksten in der Umgebung der Kapsel weniger zwischen den Harnkanälchen angehäuft sind.

Von den Symptomen dieser acuten Form der Bright'schen Krankheit ist vor allem die veränderte Urinsecretion zu nennen Die mehr oder weniger verminderte Harnmenge zeigt eine dunkle meist trübrothe ins grünliche schillernde Färbung; bei längerem Stehen bildet sich eine obere hellere und eine untere dunklere Schicht. Das specifische Gewicht ist beträchtlich erhöht. Reichlicher Gehalt an Harnstoff und Eiweiss ist constant nachweisbar, sehr gewöhnlich auch ein grösserer oder geringerer Gehalt von Blut. Ausserdem findet man Epithel-, Blut- und Faserstoffcylinder und oft einige verfettete Epithelien. Schwere Grade von acuter Nephritis werden gewöhnlich von Fieber in Form einer leichten Remittens eingeleitet und von intensivem bei Druck sich steigernden Schmerze in der Nierengegend begleitet. Von besonderer Wichtigkeit und oft als erstes auffälliges Zeichen vom Patienten erkannt sind die hydropischen Erscheinungen. Gesicht, Hände, Beine und Scrotum schwellen gewöhnlich zuerst Selten sind Ergüsse in die serösen Säcke (Pleurae und Pericardium); ebenso örtliche Entzündungen, wie Pneumonie. Pleuritis und Peritonitis. Bei einzelnen Kranken treten auch urämische Erscheinungen auf, als deren Hauptzeichen Schlafsucht, Krämpfe und Irrereden anzusehen sind. Als ein seltenes Symptom dieser Krankheit muss endlich die Retinitis apoplectica angesehen werden.

Die Prognose der acuten Nephritis ist mit Ausnahme jener Fälle, wo eine örtliche Entzündung das Leben der betroffenen Person gefährdet, eine durchaus günstige.

Nachdem ich nun darzuthun versucht habe, wie die acute Form des morbus Brightii aus der Geschichte der Nierenkrankheiten allmählich als ein selbstständiger Krankheitsprocess hervorgetreten ist, und in gedrängter Kürze ein anatomisches und klinisches Bild von dieser Krankheit aufgestellt habe, werde ich im Folgenden im Anschlusse an die Aetiologie einige Krankengeschichten, wie sie in den letzten Jahren im hiesigen Spitale vorgekommen sind, näher vorführen.

Betrachten wir zunächst das primäre Vorkommen der acuten Nephritis, so wird von allen Beobachtern als eine der wichtig-

sten Ursachen derselben die Erkältung angeschuldigt. Wie die Erkältung die Nierenentzündung hervorruft, darüber sind die Meinungen sehr verschieden; nur darin stimmen alle Autoren überein, dass die mit einer intensiven Abkühlung der Haut verbundene Zusammenziehung der Hautgefässe den Blutdruck in den Gefässen der inneren Organe, also auch der Nieren, steigern muss. Bartels[1]) meint, dass vielleicht aus dieser collateralen Fluxion noch die so entstandene Veränderung der Blutwärme in Betracht komme.

Wie eine solche starke Abkühlung der Haut das ursächliche Moment für die Nierenerkrankung sein kann, zeigt folgender Fall:

W... Michael, 59 Jahre alt, tritt am 16./IV. 79 ins hiesige Spital ein. Mit 18 Jahren hat Patient eine Lungenentzündung überstanden und vor 2 Jahren einen Bruch am Oberschenkel erlitten; sonst war er bis zum Anfange April ds. Js. stets gesund. Damals bekam er besonders des Abends starke Frostanfälle, Schmerzen im Kreuz und den Lendengegenden, die oft tagelang andauerten; ferner Kopfschmerz, Mattigkeit und ein allgemeines Krankheitsgefühl; dazu kam noch eine stets zunehmende Athemnoth, die in der Nacht vom 8./IV. auf den 9./IV. so stark wurde, dass er längere Zeit aufrecht im Bette sitzen musste. Husten mit wenig schleimigem Auswurfe stellte sich ebenfalls ein. Am 8./IV. bemerkte Patient zuerst eine Anschwellung des Gesichts und 1—2 Tage später auch der Arme und Füsse. In Folge dieser immer mehr zunehmenden Schwellung und der sich steigernden Athemnoth begibt er sich ins hiesige Spital.

Als Ursache dieses Leidens gibt Patient an, dass er als Schiffsknecht häufig bei niedriger Temperatur bis zum Bauche hinauf im Wasser waten musste; ausserdem habe er sich am Tage der Erkrankung bei sehr erhitztem Körper einer starken Zugluft ausgesetzt.

Status bei der Aufnahme: Mittlere Grösse, kräftiger Knochenbau, aber schlechter Stand der Ernährung, insbesondere

---

[1]) H. v. Ziemssen, Handbuch der Path. u. Therap. IX. p. 227.

dürftige Entwicklung der Muskeln. Cutis pigmentreich, gelbbraun, ebenso gelbliche Färbung der Conjunctiva. Lippen tiefblau, Gesicht cyanotisch und etwas gedunsen, Zunge trocken und dick belegt; die Venen am Halse beträchtlich erweitert. Thorax fassförmig, der Sterno-vertebraldurchmesser bedeutend vergrössert. Die Percussion ergibt: Tiefstand des Zwergfells und bedeutend verkleinerte Herzdämpfung, links hinten unten eine zweifingerbreite Dämpfung. Auskultation: Athmungsgeräusch vesiculär, neben der Dämpfung in- und exspiratorisches Pfeifen und Schwirren. Spitzenstoss im VI. I. C. R. auserhalb der P. L. sehr schwach und diffuss. Herztöne überall schwach accentuirt und leise. Der erste Ton an allen Ostien gespalten. Puls frequent, schnell und mittelvoll, Arterien mässig gespannt. Die Respiration beträgt 28 in der Minute.

An der Bauchgegend gewahrt man einen mässigen Grad von Ascites und ausserdem eine ödematöse Anschwellung der Cutis, welch' letztere in der Kreuzgegend, am Scrotum und Präputium, sowie an den Unterextremitäten noch bedeutender wird.

Der Urin ist fleischwasserfarben und leicht getrübt; er enthält viele Fpithelien, weisse Blutkörperchen und hyalide Cylinder; ausserdem eine Menge Eiweiss, kein Blut. Die Temperatur ist nicht erhöht.

21./4. Seit einigen Tagen Diarrhoe; die Dyspnoe hat sich gesteigert. Die Urinmenge ist von 900 gr. auf 600 gr. zurückgegangen. Das specifische Gewicht beträgt 1020. Die Schwitzbäder werden gut vertragen, das Körpergewicht hat aber nur um ½ Kg. abgenommen.

28./IV. Appetit besser, Stuhl normal, Ascites hat nicht zugenommen; dagegen ist hinten unten an der Lunge beiderseits eine handbreite Dämpfung aufgetreten mit schwachem Bronchialathmen und abgeschwächtem Stimmfremitus. Geringer Erfolg der Schwitzbäder, Zunahme des Körpergewichts.

2./V. Keine wesentliche Veränderung im Befinden des P., doch ist eine stetige Abnahme des Eiweissgehaltes des Harns zu constatiren.

6./V. Geringer Erfolg der Schwitzbäder, daher Injection von Pilocarpin (0,01). In der folgenden Nacht bekam Patient plötzlich Athemnoth ohne Stechen auf der Brust und ohne Herzklopfen. Gesicht tief cyanotisch. Herztöne schwach, der Puls kaum zu fühlen. Der Auswurf ist schleimigeitrig und innig mit Blut gemischt. Die Dämpfung reicht links bis über den Angulus scapulae hinauf, im oberen Theile desselben ist lautes Bronchialathmen mit klingenden Rasselgeräuschen zu hören. Der Pectoralfremitus ist in der oberen Partie abgeschwächt, in der unteren verstärkt. Dieselben Erscheinungen rechts, nur nicht so hoch hinauf. Ordinat: Wein mit Hoffmannstropfen und Kampferinjectionen.

8./V. Diurese spärlicher (1000 gr.), Befinden besser, Dyspnoï noch ziemlich bedeutend. Sputa sind blutig, missfarben und sehr foetid. Urin enthält viel Eiweiss und Blut.

10./V. Patient klagt nur über zeitweisen Druck im Epigastrium und in der Stirn. Die Dämpfung links bis zum unteren Drittel der Scapula. Urin heller und weniger eiweisshaltig.

12./V. Die Dämpfung ist etwas gewachsen; Harn und Sputa sind noch bluthaltig. Harnmenge 400 gr.; sp. Gew. 1015.

15./V. Dieselben Erscheinungen. Harnmenge 700 gr.; sp. Gew. 1021. Druck auf die linke Niere ist schmerzhaft, eine Vergrösserung ist aber nicht nachzuweisen.

20./V. Patient fühlt sich wohler. Das Oedem am Rumpfe ist etwas zurückgegangen; dagegen ist der Urin noch spärlich (600 gr.) und von hohem spec. Gewichte (1022), sehr reich an Eiweiss, Blut und Uraten, Zellencylinder und Blutkörperchen finden sich ebenfalls in demselben. Ordinat: Inf. fol. uv. urs. 15,0 : 150,0, Natr. Kal. tart. und Syr. Sacch. aa 15,0.

27./V. Die Symptome des hämorrhagischen Infarcts sowohl, als auch der Nephritis gehen schnell zurück. Harn wenig eiweiss- und bluthaltig. Harnmenge 4200 gr., spec. Gew. 1010.

5./VI. Der Harn zeigt dasselbe Verhalten. Vom Oedem sind nur noch Spuren da. Die Dämpfung ist vollständig verschwunden. Der erste Herzton ist an allen Ostien gespalten.

15./VI. Der Zustand des Patienten bessert sich immer mehr. Der Urin enthält noch Spuren von Eiweiss.

8./VII. Heute ist der Urin zum ersten Male eiweissfrei. Nachdem Patient sich noch etwas erholt hat, tritt er am 24./VII. als geheilt aus dem Spitale aus.

Sehen wir in diesem Falle von dem Emphysem und dem hämorrhagischen Infarcte der Lunge ab, so haben wir einen mässig schweren Fall von acuter Nephritis vor uns, der ohne Zweifel durch längeres Einwirken von Erkältung bedingt ist. Dasselbe Verhalten zeigen die beiden folgenden Fälle:

St... Josef, 26 Jahre alt, Müller, von dessen Familie schon mehrere Mitglieder an Lungenphtise gestorben, hatte mit 12 Jahren Scharlach, mit 14 Jahren Lungenentzündung und mit 20 Jahren „Magencatarrh". Seine jetzige Krankheit begann am 3./VII. 79 mit grossem Hitzefühl, Kopfschmerz in der Stirn- und Schläfengegend. Schon an demselben Abende bemerkte Patient eine Schwellung des linken Unterschenkels mit bedeutender Spannung in den Waden verbunden. Der Durst war sehr vermehrt. Am 4./VII. war der rechte Oberschenkel ebenfalls geschwollen. Auch die Unterbauchgegend zeigte eine mit Schmerzhaftigkeit verbundene Anschwellung. Am 5./VII. schwollen Hodensack und Penis, das Gesicht, besonders die Augenlider und die Arme. Sonst hatte Patient mit Ausnahme von geringem Husten und etwas Auswurf keine Beschwerden. Appetit und Stuhlgang normal; kein Schmerz in der Nierengegend. Die Diurese, wie gewöhnlich; jedoch fiel ihm die dunkle Farbe des Urins auf. Müdigkeit und Abgeschlagenheit seit Beginn der Krankheit.

Als Ursache wird vom Patienten bestimmt Erkältung angegeben, die darin bestand, dass er unmittelbar vor dem Eintritte seines Leidens bei sehr schlechter, kalter Witterung und bei stark erhitztem Körper barfuss auf Steinplatten ging.

Status bei der Aufnahme: Mittlere Grösse, starker Knochenbau, guter Stand der Ernährung, jedoch blasses Colorit. Augenlider oedematös geschwollen. In der Unterbauchgegend, am Kreuz, Scrotum und besonders am Präputium und an beiden

Unterextremitäten beträchtliches Oedem, geringer in der Ellbogengegend. Pupille normal, beiderseits gut auf Licht reagirend. Lippen trocken, Zahnfleisch geschwollen. Zunge dick, breit, schwach belegt. Rachen- und Larynxschleimhaut geschwellt und geröthet. An der Lunge und dem Herzen erweist sich Alles normal; die Leber scheint etwas resistent zu sein. Epigastrium vorgewölbt und etwas schmerzhaft: Milz normal. Am Präputium links eine Excoriation mit indurirtem Grunde, auf derselben Seite geschwollene indolente Leistendrüsen. Temperatur nicht erhöht. Puls von normaler Frequens, gross, voll und gespannt. Respiration ruhig. Urin von bräunlicher Farbe mit einem Stich ins Röthliche, getrübt, sehr reich an Eiweiss: im Sedimente findet man zahlreiche, weisse Blutkörperchen, Epithelien verschiedener Grösse und breite und schmale Cylinder.

14./VII. Der Effect der Schwitzbäder ist gering, der Hydrops hat bedeutend zugenommen. Durst ist vermehrt, der Harn spärlich (900 gr.), mit einem spec. Gewichte von 1021, nicht bluthaltig und etwas weniger eiweissreich, wie früher. Das Körpergewicht hat zugenommen. Druck auf die Niere ist nicht schmerzhaft.

16./VII. Injection von Pilocarpin (0.01), worauf bedeutende subjective Beschwerden eintreten: Congestionen zum Kopfe, starker Kopfschmerz, grosse Uebelkeit, Ohrensausen und Herzklopfen. Der Erfolg bezüglich der Salivation und Schweisssecretion ebenso bedeutend.

19./VII. Wiederholung der Pilocarpin-Injectionen (0.02) mit noch grösserem Erfolge der Schweisssecretion: bedeutende Abnahme des Körpergewichts. Das Oedem ist schon sehr zurückgegangen. Der Harn von schwefelgelber Farbe enthält nur noch wenig Eiweiss.

22./VII. Patient bekommt ein Schwitzbad und tritt am folgenden Tage aus dem Spitale aus, da sein Befinden gut, der Harn eiweissfrei, und das Körpergewicht wieder auf das Normale zurückgegangen ist.

R..... Bernard, 43 Jahre alt, hatte im Jahre 1870 eine „Blasen- und Nierenentzündung". Die Krankheit, die er

sich durch eine Erkältung zugezogen hatte, begann mit Frost, Hitze, Schmerzen in der Nierengegend und 8 Tage lang anhaltendem Harndrange. Patient war dabei nicht geschwollen, Schmerzen beim Uriniren waren auch nicht vorhanden. Das Leiden dauerte 11 Wochen. Im Sommer 1875 bekam er plötzlich beim Gehen ohne nachweisbare Ursache Schwindel und Uebelkeit, dem Bewustlosigkeit von 2—3 Minuten folgte. Dieselbe Erscheinung wiederholte sich in den drei folgenden Sommern. Bei angestrengter Arbeit besteht seit drei Jahren Kurzathmigkeit. Im Jahre 1877 stellte sich links Schwerhörigkeit ein, die bald wieder verging, seit zwei Monaten jedoch wieder vorhanden ist. Seine jetzige Krankheit begann Mitte October 1879 mit Nachtschweissen. Zu damaliger Zeit befand sich das Nachtlager des Patienten unter einem dünnen Ziegeldache, welches so dürftig und schadhaft war, dass er sich nicht einmal vor der Einwirkung der kalten Zugluft schützen konnte. Bei dieser Gelegenheit erkältete er sich mehrmals, und er glaubt sicher, dass er diesen Umstand auch als Ursache seiner Erkrankung ansehen müsse. Am 27./X. bekam er plötzlich einen starken Frostanfall, der zwei Tage dauerte und mit einem Gefühle von Mattigkeit und Abgeschlagenheit der Glieder verbunden war. Hitze und Kopfschmerz hat Patient nicht verspürt. Am folgenden Tage stellte sich mehrmaliges galliges Erbrechen und Appetitlosigkeit ein; zugleich bemerkte Patient eine Anschwellung des Handrückens und zwei Tage später auch der Unterextremitäten und des Scrotums. Der Urin war dunkel und trübe und musste öfters, wie sonst, gelassen werden. Da die Anschwellung noch zunahm und sich ausserdem noch Schwerathmigkeit einstellte, begab sich Patient am 5./XI. ins hiesige Spital.

Status bei der Aufnahme: Mittlere Grösse, kräftiger Knochenbau, guter Stand der Ernährung. Augenlider oedematös geschwollen, Conjunctiva injicirt, Zunge belegt und geschwollen. Der Thorax ist gut gebaut. Lungengrenzen normal, vesiculäres Athmungsgeräusch mit in- und exspiratorischem Pfeifen. Der 1. Herzton an der Herzspitze ist von einem blasenden Geräusche begleitet. Am Abdomen zeigt zich ein vom Hypochondrium

abwärts immer stärker werdendes Oedem; ebenso Schwellung am Kreuz und an den Unterextremitäten. Temperatur ist nicht erhöht; Puls voll und regelmässig. Respiration wenig angestrengt, ziemlich oberflächlich.

Der Urin ist schmutzig röthlich-braun, weiss schaumig und stark getrübt; er enthält viel Eiweiss und Blut, zahlreiche weisse Blutkörperchen, verfettete Epithelien und hyaline Cylinder. Harnmenge 900 gr., spec. Gewicht 1022. Das Körpergewicht des Kranken beträgt 79,0 Kg.

6./XI. Die Schwitzbäder und Einpackungen in wollene Decken thuen gute Wirkung und werden ohne subjective Beschwerden ertragen. Appetit, Schlaf und Stuhlgang gut. Der Harn zeigt noch dieselben Veränderungen.

8./XI. Der Befund im Harn ist derselbe. Das Oedem an den Unterextremitäten hat abgenommen, am Kreuz ist es stärker geworden. Geräusche am Herzen von wechselnder Intensität, oft ganz fehlend. Bis zum 13. werden die Schwitzbäder fortgesetzt, die aber wenig Wirkung zeigen, da das Körpergewicht noch immer auf 78,0—79,0 Kg. stehen bleibt.

13./XI. Injectionen von Pilocarpin (0,02). Es tritt in der Folge eine reichliche Diurese ein und eine rapide Abnahme des Hydrops und des Körpergewichts, das bis zum 17./XI. schon bis auf 69,0 Kg. zurückgegangen ist; jedoch ist der Harn noch stets eiweisshaltig. Gegen aufgetretene Kopfschmerzen mit Uebelkeit und Erbrechen verbunden bekommt Patient kalte Umschläge.

26./XI. Hydrops verschwunden; Körpergewicht 63,5 Kg. Appetit und Stuhlgang regelmässig. Eiweissgehalt des Harns gering.

2./XII. Auftreten von Blut im Harn, das aber auf Anwendung von Inf. secal. corn. schon am 7./XII. wieder verschwunden ist.

20./XII. Harn etwas getrübt, Spuren von Eiweiss, kein Blut enthaltend. Der Kranke klagt nur mehr über nächtliche Kopfschmerzen. Im Anfange des nächsten Monats verliert sich das Eiweiss im Harn; das Körpergewicht nimmt zu, ohne dass Oedem wieder auftritt. Patient wird als geheilt entlassen.

Ausser diesen 3 bis jetzt angeführten Fällen von primärer acuter Nephritis, die alle 3 mit Bestimmtheit auf eine vorhergegangene längere Einwirkung von Erkältung, als Ursache der Krankheit, zurückgeführt werden müssen, kamen in den beiden letzten Jahren noch 7 andere Fälle von primärer Nephritis vor. Von diesen werden freilich auch 3 ebenfalls als Folgen von Erkältung dargestellt, jedoch sind hierbei die Angaben der Patienten so wenig stichhaltig und unsicher, dass man unmöglich mit Sicherheit eine solche Einwirkung von Erkältung als aetiologisches Moment ihrer Erkrankung ansehen kann. Ich werde daher diese letzteren Fälle, da sie auch im Verlaufe der Krankheit nichts besonderes bieten, nur kurz anführen.

Der erste Fall betrifft einen Feldarbeiter, B . . . . . Kosmos, 35 Jahre alt, der am 26./III. 79 im hiesigen Spitale aufgenommen wurde, nachdem er 10 Tage vorher erkrankt war. Als Ursache gibt Patient Arbeit in der Nässe an. Er zeigt bei seiner Aufnahme die Symptome einer leichten acuten Nephritis ohne irgend welche Complicationen. In der ersten Zeit wurde er mit Schwitzbäder behandelt; da diese aber keine bedeutende Wirkung zeigten, so bekam er vom 4./IV. ab Pilocarpin-Injectionen, worauf sämmtliche Erscheinungen allmählig zurückgingen, so dass er am 27./IV. aus dem Spitale entlassen werden konnte.

Der zweite, ein schwererer Fall von acuter Nephritis, betrifft einen 18jährigen Schuhmacher, F . . . . . Valentin, der am 3./III. 81 erkrankte und am 18. desselben Monats ins Spital kam. Die Krankheit, vom Patienten auf die Einwirkung von nassen Füssen zurückgeführt, begann mit starken Fieberanfällen. Das Oedem erreichte sehr rasch einen hohen Grad. Die Nieren waren nachweisbar vergrössert und auf Druck sehr empfindlich. An der Lunge zeigte sich hinten unten links eine Dämpfung und deutliches Knistern über- und unbestimmtes Athmungsgeräusch auf der gedämpften Stelle. Anfänglich wurde er ausschliesslich mit species diuretica, mit Schwitzbädern und Pilocarpin-Injectionen behandelt, worauf die Anschwellung ziemlich zurückging; als sich am 19./III. auch ein reichlicher Blutgehalt des Harns ein-

stellte, wurde ihm Acidum tannicum und später Inf. secal. corn. verordnet. Am 10./IV. war der Harn eiweiss- und blutfrei, und da auch die anderen Symptome sich verloren hatten, wurde Patient in den nächsten Tagen geheilt entlassen.

Den dritten Fall stellt ein 53jähriger Mann dar, S..... Valentin, der schon im Anfange des Jahres 1879 über 2 Monate im hiesigen Spitale zugebracht hatte. Damals litt er an einer Punaesia siphilitica, Infiltration der linken Lungenspitze und an Mitralinsufficienz. Nachdem er sich leidlich erholt hatte, brachte er 3 Monate ausserhalb des Spitals zu, während welcher Zeit er sich in einem benachbarten Orte als Gänsehirt beschäftigte. Am 27./VII. bekam er plötzlich, als er in der Ausübung seines Geschäftes (draussen) auf dem Boden lag, einen Frostanfall. Seine früheren Leiden, besonders reichlicher, stinkender Ausfluss aus der Nase, Schmerzen in derselben, Husten und blutige Sputa stellten sich wieder ein. Ausserdem gewahrte er, dass seine Füsse stark geschwollen seien. Auftreibung und Druck im Abdomen, vermehrtes Durstgefühl, häufiger Drang zum Urinlassen und bedeutende Schmerzen in der Nierengegend traten hinzu. Der Urin war dunkel roth. Bei der Aufnahme fand man ausserdem eine vergrösserte Nierendämpfung; reichlichen Eiweiss- und Blutgehalt des Harns, zahlreiche Epithelien und Blutcylinder. Nach der Anwendung von Schwitzbädern und Secale cornutum ging das Oedem und auch der Eiweiss- und Blutgehalt des Harns bedeutend zurück; jedoch traten in Folge des Lungen- und Herzleidens eine immer stärker werdende Athemnoth und Somnolenz ein, so dass am 19./IX. der Exitus letalis erfolgte.

Die Section ergab ausser den Veränderungen an der Lunge, dem Herzen (Endocarditis) und Leber (Hepatitis interstitialis) eine bedeutende Vergrösserung der Nieren, zahlreiche Cystenbildungen unter der fest haftenden Kapsel, bläuliche Färbung der Pyramiden. Die Rindensubstanz war blass gelb gefärbt. Die Malpighi'schen Körperchen traten als weisse und rothe Pünctchen hervor. Diagnose: Nephritis parenchymatosa subacuta.

Von den übrigen 4 Fällen von primärer acuter Nephritis, die alle ohne irgend welche aetiologische Anhaltspuncte auftraten,

scheint mir einer wegen der in seinem Verlaufe auftretenden urämischen Erscheinungen besonders interessant. Diesen werde ich daher etwas ausführlicher angeben.

M..... Elise, Schauspielersfrau, 40 Jahre alt, war mit Ausnahme einer luetischen Affection stets gesund. Sie hat mit 30 Jahren geboren. Das Kind ist mit 13 Monaten an einer ihr unbekannten Krankheit gestorben. Am 28./IX. 79 bekam Patientin einen Frostanfall mit Kopf- und Kreuzschmerzen verbunden. Dasselbe in den 4 folgenden Tagen. Darauf bemerkte die Kranke zuerst ein Angeschwollensein der Unterextremitäten, später auch des Leibes und endlich des ganzen Körpers. Kreuz- und Kopfschmerzen steigerten sich. Am 4./X. bekam Sie während eines Frostanfalles starke Athemnoth, klonische Krämpfe befielen die Unterextremitäten. Die Patientin verlor dabei das Bewusstsein, wie lange, kann sie nicht angeben. Aehnliche Anfälle bekam sie in den 2 folgenden Tagen 6; nach denselben stellte sich ein starkes Hitzegefühl ein. Auch bemerkte sie eine starke Verringerung des Urins, der von dunkelbrauner Farbe war; dabei litt sie an vermehrtem Durstgefühle und an Appetitlosigkeit. Am 21./X. trat sie ins Spital ein. Das Ergebniss der Untersuchung war folgendes:

Kräftiger Körperbau, guter Stand der Ernährung. An dem rechten Stirnbeine ein kirschkerngrosser osteophytischer Höcker; Nase sattelförmig eingebogen; Lippen- und Rachenschleimhaut blass, letztere auch etwas oedematös angeschwollen.

Lunge normal. Der Spitzenstoss des Herzens und die Herzdämpfung sind ebenfalls normal: erster Mitral- und Tricuspidalton etwas dumpf, erster Aorten- und Pulmonalton sind schwach zu hören. Leber, Milz und Nieren zeigen nichts Abnormes. Am Abdomen bemerkt man eine oedematöse Anschwellung der Bauchdecke. Druck auf das Hypogastrium und die rechte Lumbalgegend ist schmerzhaft. Das Gesicht der Patientin ist gedunsen. Die Unterextremitäten sind stark, die Vorderarme und Hände etwas weniger geschwollen. Am ganzen Körper ist Schwellung vorhanden und zwar rechts etwas stärker, als links. Puls und Respiration sind regelmässig.

Der Urin der Patientin ist von schmutzig gelbbrauner Färbung, sehr stark eiweiss- und wenig bluthaltig. In dem reichlichen Sedimente finden sich viele farblose Blutkörperchen und Plattenepithelien, Epithelzellen und geschwärzte Zellen. Die Harnmenge beträgt 500 gr., spec. Gew. 1014. Das Körpergewicht der Kranken beträgt 90,7 Kg. Ordination: Liq. Kal. acet. 20,0. 3 × tägl. 8 gtta.

27./X. Das Körpergewicht ist auf 89,9 Kg. zurückgegangen. Die Kranke bekommt jetzt Schwitzbäder und innerlich Inf. fol. uvae ursi 15,0 : 150; in Folge dessen geht der Blutgehalt des Harn vollständig zurück; der Eiweissgehalt ist aber noch sehr bedeutend. Am folgenden Abende trat nach vorausgegangenen starken Kopfschmerzen und Erbrechen, Bewusstlosigkeit ein unter starker Beschleunigung der Athmungsbewegung und des Pulses. Dann folgten heftige convulsivische Bewegungen des Rumpfes und starke Zuckungen der Extremitäten. Die Hände waren dabei zu Fäusten geballt. Der Anfall dauerte eine Viertelstunde. Am folgenden Tage stellte sich ein ähnlicher Anfall ein.

31./X. Nach der Anwendung von Secale corn. und acid. sulf. trat eine auffallende Besserung ein. Das Körpergewicht ist auf 80,0 Kg. gesunken.

4./XI. Auftreten des 3. urämischen Anfalles während ihres Aufenthaltes im Spital. Das Oedem ist nur noch spurenweise vorhanden; dagegen ist der Eiweissgehalt des Harns bei eingetretenen Menses wieder stärker geworden. Am 10./XI. hatte Patientin den letzten urämischen Anfall, jedoch von geringerer Dauer und Intensität, wie die 3 vorhergehenden. Die übrigen Symptome der Nephritis sind bis zum 25./Xl. vollständig verschwunden, das Körpergewicht ist von 58,0 Kg. wieder bis auf 62,8 Kg. gestiegen. Patientin wird geheilt entlassen.

Die drei übrigen leichten Fälle von primärer acuter Nephritis ohne jegliche Complication und ohne nachweisbare Aetiologie sind folgende:

1. Fall: K..... Wolfgang, lediger Maurer, 51 Jahre alt, erkrankte Anfangs October 1879 mit geringen Fieberer-

scheinungen. Einige Tage darauf bemerkte er eine Schwellung der Füsse, der Oberschenkel und des Scrotums; dabei fühlte er sich müde und abgeschlagen. Als sich dann noch vollständige Appetitlosigkeit, vermehrtes Durstgefühl und häufiger Drang zum Urinlassen eingestellt hatten, suchte er am 5. November das hiesige Spital auf. Da sein Harn ausser einer geringen Menge von Eiweiss und zahlreichen Epithelien keine abnormen Bestandtheile enthielt, so wurde P. in den ersten 5 Tagen nur mit Schwitzbädern und innerlich Inf. fol. uvae urs. behandelt. Hierbei stieg aber das Körpergewicht von 62,7 Kg. auf 63,5 Kg.; desshalb bekam er in der folgenden Zeit neben den Schwitzbädern auch Injectionen von Pilocarpin, die im Anfange ein rapides, später ein allmähliges Sinken des Körpergewichts zur Folge hatten. Nachdem nun auch die übrigen Symptome der Nephritis zurückgegangen, und das Körpergewicht sogar innerhalb 4 Tagen von 57,8 Kg. auf 59,3 Kg. gestiegen war, ohne dass sich wieder Hydrops einstellte, wurde Patient am 2. Jan. 1880 als vollständig geheilt entlassen.

2. Fall: W..... Sophie, Dienstmädchen, 25 Jahre alt, erkrankte am 20. März 1880. Es stellte sich nämlich in der Nacht mehrmals abwechselnd Frost und Hitze ein, und am folgenden Tage bemerkte Patientin ein Angeschwollensein sämmtlicher Extremitäten. 2 Tage später traten wieder geringe Fiebererscheinungen ein, die Anschwellung wurde stärker, Kopfschmerzen, Müdigkeit und Appetitlosigkeit gesellten sich hinzu und veranlassten die Kranke, am 26. März im Spitale Hülfe zu suchen.

Der Harn erwies sich sehr reich an Eiweiss, Epithelcylindern und weissen Blutkörperchen. Durch die tägliche Anwendung von Schwitzbädern und durch den innerlichen Gebrauch von Decoct. fol. uv. ursi und Liq. Kali. acet. ging bis zum 4./IV. das Oedem bedeutend zurück, und die vorgenannten abnormen Bestandtheile des Harn fehlten fast gänzlich. Am 10./IV. aber zeigte der Urin dann plötzlich eine reichliche Menge von Blut und wieder mehr Eiweiss. Aber auch diese Erscheinungen gingen unter dem Gebrauche von Secale corn. und Chin. sulf. in Ver-

bindung mit Acid. tannic. bald zurück, so dass die Patientin schon am 14. Juni die Anstalt verlassen konnte.

3. Fall: M.... Emma, Dienstmädchen, 35 Jahre alt, bemerkte am 20. Mai 1880 eine Schwellung der Knöchelgegend beider Extremitäten. Mit der zunehmenden Schwellung zeigte sich zugleich eine Abnahme der Urinmenge, Appetitlosigkeit und vermehrtes Durstgefühl stellten sich ebenfalls ein. Als die Kranke am folgenden Tage im Spitale aufgenommen wurde, erwies sich ihr Harn spärlich (400 gr.), mit hohem spec. Gewichte (1025) und mit grossem Gehalte an Eiweiss, Epithelcylindern und weissen Blutkörperchen. Das Oedem erstreckte sich nur auf die Unterextremitäten. Durch die Anwendung von einigen warmen Bädern und durch den inneren Gebrauch von Chin. sulf. und Acid. tannic. gingen sämmtliche Erscheinungen rasch zurück, und die Patientin konnte schon am 22. Juni als geheilt aus dem Spitale entlassen werden.

Viel häufiger und wichtiger als das primäre Vorkommen der acuten Nephritis ist das Auftreten derselben nach verschiedenen Infectionskrankheiten. Vor allen sind hier die acuten Exantheme zu nennen: Scarlatina, Diphtheritis, die Typhen, besonders Recurrens, Cholera, Pyaemie, Intermittens und Erysipelas. Die grösste specifische Einwirkung aber besitzt von allen diesen wohl das Scharlachgift und zwar werden die Scharlachepidemien complicirt mit Diphtheritis als der Niere am gefährlichsten geachtet. Wie dies Scharlachgift auf die Niere einwirkt, ist nicht bekannt. Auffallend ist es, dass einige Scharlachepidemien keine, andere fast immer Nephritis im Gefolge haben; wahrscheinlich beruht dies auf dem specifischen Virus. Wie die Nephritis nach jeder einzelnen Infectionskrankheit, so hat auch die Scharlachnephritis besondere Eigenthümlichkeiten. So wird Nephritis nach Cholera leicht chronisch, dagegen nach Scharlach meist acut, so dass entweder der Exitus letalis oder vollständige Heilung eintritt. Gewöhnlich beginnt die Nephritis nach 1- bis 2wöchentlichem fieberlosen Zustande nach Scarlatina und zwar mit Schmerzen in der Nierengegend, mit Harndrang und Ver-

änderungen am Harn. Die bedeutende Harnverminderung und die ziemlich oft auftretende Anurie beruhen bei der Scharlachnephritis auf einer Entzündung der Gefässe und der Glomeruli mit Verdickung ihrer Wandungen. Das Oedem tritt wie bei der primären Form der Nephritis meist zuerst an den Knöcheln oder am Gesichte, an den übrigen Körpertheilen erst später auf. Nicht selten ist das Hinzukommen von Hydrocardie, gewöhnlich entzündlicher Natur, Hydrothorax, Anasarka und Ascites, endlich Lungenoedem welch' letzteres dann oft die Ursache des lethalen Ausganges ist. Häufig findet man auch an den inneren Organen örtliche Entzündungen.

Die meisten der vorgenannten Symptome einer Scharlachnephritis zeigt folgender Fall:

Ein siebenjähriger Knabe, L.. Ludwig, erkrankte am 19. August 1880 an Scharlach und wurde am folgenden Tage ins Spital gebracht, wo sich seine Mutter und zwei von seinen Geschwistern ebenfalls an Scharlach erkrankt befanden. Er zeigte eine diffuse helle Röthe am Halse, Rumpfe und an den Unterextremitäten, stark angeschwollene Lymphdrüsen am ganzen Körper und geringe Vergrösserung der Milz. Die Rachenorgane waren mässig geschwollen und auf beiden Tonsillen zeigte sich geringer Belag. Schlingbeschwerden waren stark, Temperatur 40,2°; Puls frequent und weich. Der Urin war leicht getrübt und zeigte am folgenden Tage, wo die Temperatur noch um 0,2° gestiegen war, Spuren von Eiweiss. Durch die Anwendung einer Eiskravatte und Kali chlor. innerlich verloren sich die Symptome der Scarlatina allmählig; die Temperatur war bis zum 29. August wieder normal und der Harn vollständig eiweissfrei. Nur am Herzen zeigten sich einige Veränderungen: Systolisches Geräusch an der Spitze und verstärkter 2. Pulmonalton. An den Armen und Beinen war kleienförmige Desquamation eingetreten. Subjectives Befinden gut.

Am 5./IX., also 6 Tage nach der Entfieberung, bekam Patient wiederholt leichtes Frösteln, klagte über Kopfschmerz, Erbrechen und Reissen in den Beinen. Die oberen Augenlider

zeigten sich oedematös geschwollen. Der Urin enthält geringe Mengen Eiweiss.

6./IX. Starke Schwellung des ganzen Gesichtes und der Scrotalhaut. Urin sehr spärlich, röthlich, sehr viel Eiweiss und Blut enthaltend.

8./IX. Schwellung der Unterextremitäten. Der Harn ist auf ein Minimum reducirt und von schmutzig braunrother Färbung, in dessen bräunlichem Sedimente sich zahlreiche Blutkörperchen, Epithelien und schmale Cylinder vorfinden.

Ordination: Balnea sudorifera und Inf. secal. corn.

13./IX. Zunahme des Oedems, sonst gleicher Befund.

17./IX. Oedem hat nicht zugenommen. Appetit besser, reichliche Schweisssecretion in Folge der Schwitzbäder.

22./IX. Bedeutende Abnahme des Hydrops; vermehrte Urinsecretion; Eiweiss- und Blutgehalt des Harns geringer.

26./IX. Desquamation an den Fusssohlen; Tonsillen geschwollen, geringer Grad von Angina. Gestern und heute leichtes Frösteln; sonst keine Veränderungen.

15./X. Bedeutende Zunahme des Urins und Abnahme des Eiweissgehaltes. Die Schwitzbäder werden ausgesetzt, da kein Oedem mehr vorhanden ist. Am Herzen ein systolisches Geräusch.

1./XI. Appetit und Befinden gut; nur Spuren von Eiweiss im Harn

In den folgenden Tagen bekam Patient noch zweimal eine beträchtliche Temperatursteigerung, ohne dass dafür ein Grund nachzuweisen war. Dann ging die Genesung rasch vor sich, so dass Patient am 20 November das Spital verlassen konnte. Das systolische Geräusch am Herzen bestand fort. (Mitralinsufficienz.)

Bei diesem Patienten ist ohne Zweifel das erste Auftreten von Eiweiss im Harn nicht auf eine Nierenaffection zurückzuführen, sondern dasselbe ist als febrile Albuminurie aufzufassen, wie sie bei sehr stark fiebernden Kranken nicht selten vorkommt.

Ich will hier gleich einen zweiten Fall anführen, der aller Wahrscheinlichkeit nach ebenfalls auf eine vorhergegangene Scarlatina zurückzuführen ist, der aber ausserdem wegen seiner Complicationen sehr interessant ist, zumal da nach rasch eingetre-

tenem Exitus letalis durch den Sectionsbefund die gestellte Diagnose bestätigt werden konnte.

Ein 16jähriger Knabe, H..... Anton, bekam im Alter von 3 Jahren ohne besondere Vorboten und Veranlassung einen Anfall, der nach der Aussage des Vaters einer Ohnmacht ähnlich gewesen sein soll. Nach diesem nur kurze Zeit dauernden Anfalle trat wieder völliges Wohlbefinden ein; jedoch hatte der Knabe Gehör und Sprache verloren. Er kann nur mehr starke Schalleindrücke, wie Schiessen, wahrnehmen. Sonst war Patient stets gesund. Sein jetziges Leiden datirt vom 25/IV ; am folgenden Tage wurde er von der Taubstummenanstalt aus ins Spital geschickt. Die Untersuchung ergab in den zwei ersten Tagen nichts als eine leichte Dämpfung an der Lunge rechts hinten unten, mit gross- und kleinblasigen Rasselgeräuschen. Dabei bestand eine auffallend hohe Respirationsfrequenz (um 60 herum) bei sehr langsamem regelmässigen Pulse (zwischen 60 und 80). Patient klagte über Stechen in der rechten Brusthälfte Urin wurde erst am folgenden Tage gelassen; die Untersuchung desselben ergab: Sehr spärlicher, trüber, bräunlich gefärbter Harn, mit starkem Eiweiss- und geringem Blutgehalte. Ferner zahlreiche Eiterkörperchen, wenig rothe Blutkörperchen, einige Faserstoffcylinder und spärliche Epithelcylinder. Beginn von Oedem an den Unterextremitäten. Schmerzen in der rechten Lendengegend besonders bei der Palpation.

2./V. Gesicht gedunsen, starkes Oedem an den Augenlidern; Beginn desselben in der Ellbogengegend. Am Rachen ist mit Ausnahme einer Hypertrophie der linken Tonsille nichts Auffälliges; jedoch sind die Cervicaldrüsen beiderseits sehr stark geschwollen. An der Lunge derselbe Befund. Am Herzen alles normal, nur nach links etwas vergrösserte Dämpfung. Die Leberdämpfung reicht unbedeutend tiefer. Milz nicht vergrössert. Abdomen stark aufgetrieben, Bauchhaut ödematös, geringer Ascites.

Die Nierendämpfung scheint rechts vergrössert. Temperatur normal. — Am Abende klagt Patient über Leibschmerzen; Stuhlgang findet nicht statt, während am vorigen Tage Diarrhoe vorhanden war.

3./V. Es stellen sich heftige Kopfschmerzen und Erbrechen ein. Der Eiweissgehalt des Urins ist vermehrt. Im Laufe des Nachmittags stellen sich stechende Schmerzen in der linken Brusthälfte, heftige Athemnoth und Unruhe ein. Harn schäumig und hellroth. Starke Cyanose, schwacher, kaum fühlbarer Puls. Um 6½ Uhr trat der Exitus letalis ein.

Sectionsbefund: Mässiger Grad von Hypertrophie und Dilatation besonders des linken Herzens; reichliche, gelbe Flüssigkeit im Herzbeutel. Ferner rechtsseitige Pleuritis und beginnende Infiltration der ganzen rechten Lunge und des linken Oberlappens (Pneumonia incipiens).

Linke Niere etwas vergrössert mit leicht trennbarer Kapsel. Starke venöse Hyperämie, besonders in den vasa recta. Corticalis hellgrau, Marksubtanz grauroth, cyanotisch. Harnkanälchen deutlich geschwellt. Leichte Bindegewebsentwicklung an der Spitze der Papillen.

Rechte Niere: Gleicher Befund; nur treten die Glomeruli auf der Schnittfläche noch deutlicher hervor. — Ausserdem wurde eine Atrophia nervorum acusticorum festgestellt.

Woher rührt nun in diesem Falle die Nephritis? Zunächst könnte man hier an das primäre Vorkommen dieser Krankheit denken: jedoch ergeben sich keine Anhaltspunkte, die auf eine primäre rheumatische Nephritis schliessen lassen.

Ferner könnte die katarrhalische Pleuritis das primäre Leiden sein und unter deren Einwirkung die Nephritis secundär entstanden sein. Solche Beobachtungen liegen freilich vor; jedoch sind diese sehr selten. Aller Wahrscheinlichkeit nach hängen hier beide Affectionen, sowohl die der Lunge, als auch der Niere, von einem dritten Leiden ab und zwar von Scarlatina. Wenn sich nun auch an dem Patienten selbst für diese Annahme keine besonderen Zeichen finden, etwa mit Ausnahme der geschwollenen Cervicaldrüsen und der Hypertrophie der linken Tonsille, so spricht doch ganz entschieden der Umstand dafür, dass der Kranke aus der Taubstummenanstalt hereingebracht wurde, wo in der letzten Zeit die Scarlatina epidemisch herrscht, und dass es leichte Scharlachfälle gibt mit schwach auftretendem

und ganz kurz dauerndem Exanthem. Die übrigen Symptome eines solchen leichten Scharlachfalles wären dann bei diesem Patienten um so leichter übersehen worden, als er durch seine Taubstummheit beeinträchtigt jedem seiner Gefühle nicht so genau Ausdruck zu verleihen versteht.

Ein sehr seltenes ätiologisches Moment der acuten Nephritis zeigt folgender Fall:

Leopoldine S., Dienstmagd, litt in der Jugend an Keuchhusten, Halsentzündung und später mehrmals an Gelenkrheumatismus. Im Alter von 14—16 Jahren hatte sie oft Krampfanfälle, bei denen das Bewusstsein verloren ging. Seit ihrem 23. Jahre, wo sie eine acute fieberhafte Krankheit überstand, »Herztyphus«, wurde sie hin und wieder von Herzklopfen befallen. Letzteres Uebel steigerte sich im August 1879; Seitenstechen und Athemnoth traten hinzu und veranlassten P., am 16. September in's Spital einzutreten. Bei der Untersuchung ergab sich: Insufficienz der Mitralis und Hysterie. Bis zum 23. Dezember 1879 wurde sie in der Anstalt behandelt und als gebessert entlassen.

Am 21. April 1881 trat dann P. zum zweiten Male in's Spital ein in Folge von Halsschmerzen und Schlingbeschwerden. Die Untersuchung ergab: Gesicht leicht cyanotisch. Rachenorgane stark geschwollen und geröthet; Uvula leicht oedematös. An der hinteren Rachenwand, den Gaumenbögen und Tonsillen reichlicher grünlich-weisser Belag. Drüsen auf beiden Seiten, besonders rechts am Unterkiefer stark geschwollen. Am Herzen: Insufficienz und Stenose der Mitralis.

23./IV. Der Belag an den Rachenorganen ist verschwunden; dagegen hat die Schwellung der Tonsillen und der angrenzenden Gegend bedeutend zugenommen. An diesen Stellen zeigt sich deutliche Fluctuation und bei Druck entleert sich eine reichliche Menge Eiter.

25./IV. Bedeutende Infiltration der Gegend der rechten Tonsille. Bei Druck entleert sich noch immer Eiter. Geringes Fieber. Allgemeinbefinden besser.

28./IV. Neben der spontanen Oeffnung wird eine Incision in die rechte Tonsille gemacht, es erfolgt eine reichliche Entleerung von Eiter und Blut.

29./IV. Der Urin zeigt ein schmutzig braunes, trübes Aussehen und erweist sich als stark eiweiss- und bluthaltig.

3./V. Rachenorgane zeigen wieder ihr normales Aussehen. Der Urin ist von geringer Menge und enthält noch viel Eiweiss und Blut. Oedem an den Unterextremitäten.

7./V. In Folge ihres Herzfehlers bekommt P. rechts hinten unten einen Lungeninfarct. Es treten starke dyspnoesche Anfäl'e und Cyanose auf. Auch der Hydrops steigert sich bedeutend und verbreitet sich über den ganzen Körper. Der Urin ist noch stets eiweiss- und bluthaltig.

Am 18./V. trat der Exitus letalis ein.

Der Sectionsbefund ergab ausser den Veränderungen am Herzen und der Lunge eine mässige Vergrösserung beider Nieren; dabei erwies sich die Oberfläche der Organe glatt. Auf dem Durchschnitte zeigte sich vorwiegend Hyperämie der Marksubstanz und der Malpiphi'schen Körperchen. Die Corticalsubstanz war hell gefärbt.

Zum Schlusse meiner Arbeit will ich noch kurz eine Krankengeschichte aus der Klinik des Herrn Prof. E. Wagner in Leipzig anführen, die mir von einem befreundeten Collegen mitgetheilt wurde und die meines Wissens bis jetzt noch nicht veröffentlicht ist Es handelt sich nämlich im vorliegenden Falle um ein ziemlich seltenes aetiologisches Moment der acuten Nephritis: das habituelle Erysipel des Gesichtes.

Ein 16jähriges Mädchen, Sch.., dessen Vater an einer Lungenkrankheit gestorben, trat am 27./XI. 80 in das dortige Spital ein. Die Kranke hat siebenmal an Erysipelas fociei gelitten; das letzte Mal stellte dies Leiden sich 7 Wochen vor ihrer Aufnahme ein und dauerte einen Monat. Unmittelbar nachher, also ungefähr 3 Wochen vor ihrem Eintritte ins Spital bekam Patientin Oedem an beiden Unterextremitäten, starke oedematöse Schwellung der Bauchhaut, so dass der Leib stark verbreitert und vorgewölbt erschien, und einen leichten Grad

von Ascites. Etwas später traten auch starke Athmungsbeschwerden, Mattigkeit, Kopfschmerz, Schwindel und häufiger Drang zum Urinlassen ein.

27./XI. Die obengenannten Symptome bestehen noch. Der Urin enthält viel Eiweiss und eine reichliche Menge von Epithelien. Die Harnmenge ist sehr vermindert, die obere Schicht derselben ist rothbraun, dabei unklar. Das Gesicht ist gedunsen, besonders die Augenlider sind oedematös geschwollen. Die Percussion des Herzens ergibt eine mässige Hypertrophie des linken Ventrikels. Ordin.: Wärme Bäder und Injectionen von Pilocarpin.

28./XI. Das Befinden der Patientin hat sich nach dem Schwitzbade gebessert. Das Körpergewicht hat um 4 Pfund abgenommen.

29./XI. Der Harn ist noch immer von braunrother Farbe und stark eiweisshaltig. Die Harnmenge ist etwas vermehrt.

3./XII. Vergrösserung der Herzdämpfung nach links. Anwendung von Diuretica: Mixt. diuretica und Tartarus stibiatus, in Folge dessen die Harnmenge bedeutend stieg.

15./XII. Auftreten von starkem Kopfweh, Erbrechen und Schwindel. Ordin.: Eisblase.

10./I. 81. Die urämischen Erscheinungen haben etwas nachgelassen; der Eiweissgehalt des Harns wenig vermindert.

20./I. Im Harne findet sich wieder ein sehr grosser Gehalt an Eiweiss und eine Menge rother und weisser Blutkörperchen, Cylinder fehlen. Urämische Erscheinungen sind in der letzten Zeit wieder stark aufgetreten Das Körpergewicht hat trotz der Anwendung von Schweissbädern, Injectionen von Pilocarpin, Diuretica und Laxantia zugenommen.

22./I. Eintritt des Exitus letalis.

Sectionsbefund: Hypertrophie des linken Ventrikels. Weisse Puncte in der Retina, in Folge von Retinitis uraemica. Sehr starkes Oedem. Die Nieren zeigen die Erscheinungen der acuten Nephritis, theilweise auch schon den Uebergang in die breite weisse Niere.